

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

1174

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gilbert Maurice PARSY

Né le 13 Août 1914 à Carnin (Nord)

L'ECLAMPSIE

**au cours des cinq dernières années à la
Maternité de Beaujon-Clichy**

Président : COUVELAIRE, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1939

AGII

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gilbert Maurice PARSY

Né le 13 Août 1914 à Carnin (Nord)

L'ECLAMPSIE

**au cours des cinq dernières années à la
Maternité de Beaujon-Clichy**

Président : COUVELAIRE, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

—
1 9 3 9

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBOCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT . .	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA GRAND-MERE

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
profonde gratitude.*

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

*Qui nous a fourni le sujet de ce
travail, qu'il soit assuré de toute notre
reconnaissance pour la sollicitude
qu'il nous a toujours témoignée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

Monsieur le Professeur CARNOT,
Monsieur le Professeur CUNEO,
Monsieur le Professeur CADENAT,
Monsieur le Professeur L. OMBREDANNE.

Externat :

Monsieur le Professeur CUNEO,
Monsieur le Docteur LEHELLE,
Monsieur le Docteur BOUCHET,
Monsieur le Docteur MARQUEZY.

Externat en 1^{er} :

Monsieur le Docteur PICOT.

A Monsieur le Professeur SENEQUE

A Messieurs les Docteurs THEVENARD et PARFONRY

Ophtalmologistes des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs

HUET, LALLEMENT, BOURDIAL

Oto-Rhino-Laryngologistes des Hôpitaux

A MES CONFERENCIERS

A TOUS MES AMIS

L'éclampsie, que Tarnier caractérisait si bien par ces mots : « Maladie à surprises plutôt désagréables » et que le bon sens des praticiens a définie ainsi : « On sait comment elle commence, on ignore comment elle finit », a de tout temps été considérée comme une complication très grave de la gestation.

Aussi, quand le même Tarnier édicta sa fameuse loi : toute femme enceinte ayant de l'albumine et soumise pendant huit jours à un régime lacté intégral ne fait pas d'éclampsie, il réalisa un grand progrès dans la thérapeutique de cette complication par cette indication prophylactique.

Mais quand, en 1895, le Professeur Pinard, dans sa communication à l'Académie de Médecine sur la Puériculture intra-utérine, codifia la nécessité de la surveillance régulière par le médecin des femmes enceintes, cette complication mieux connue fut plus facile à dépister, à prévoir, donc à éviter.

Il fallut cependant qu'avec le temps, à l'instigation de ce Maître, les consultations pré-natales se multipliasent dans les maternités et les dispensaires d'Hygiène sociale pour qu'on observât une fréquence de moins en moins grande de l'éclampsie,

C'est ce fait que nous voulons modestement mettre en lumière dans ce travail, en l'étudiant dans une grande maternité parisienne, celle de l'Hôpital Beaujon-Clichy, où grâce à l'obligeance de Monsieur le Docteur DEVRAIGNE, nous avons pu réunir les diverses observations d'éclampsie puerpérale qui se sont produites durant les cinq dernières années.

Ce sont ces observations que nous exposerons tout d'abord en nous excusant de ce que leur lecture peut avoir de monotone.

L'année 1935 nous apporte un cas d'éclampsie puerpérale :

Observation N° 1.

La femme P..., Renée, 23 ans, entre dans le service le 28 août 1935, enceinte de sept mois environ et présentant un coma convulsif, avec perte complète de la connaissance, mouvements convulsifs, morsure de la langue, respiration lente, stertoreuse.

L'examen général révèle une hypertension artérielle à 17-10, une albuminurie massive, un taux d'urée sanguine s'élevant à 0,95 0/00. La température est à 39°, le pouls à 140.

L'examen obstétrical confirmait l'état de grossesse et situait son âge à sept mois environ.

Devant cet état on pratique une saignée de 400 gr. puis une seconde de 200 gr., environ une demi-heure après. La tension artérielle descend alors à 11-7.

Le lendemain la malade est toujours dans le coma mais les accès convulsifs ont cessé.

Après dilatation du col, on pratique une application de forceps qui ramène un enfant mort-né. Après cette intervention, la tension artérielle est à 13-7; l'albuminurie à 2 gr., le dosage de l'urée sanguine à 0 gr. 50.

La femme commence à reprendre connaissance, mais dans l'après-midi la tension artérielle s'élève à nouveau à 14-7. On fait une quatrième saignée de 400 gr. Le lendemain, la malade a tout à fait repris connaissance mais reste obnubilée et ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis le début des accidents.

La tension artérielle reste à 14-10; l'albuminurie à 2 grammes.

L'état continue à s'améliorer et le 5 septembre, l'albuminurie a complètement disparu, la malade sort du service le 10 septembre.

Il s'agissait dans ce cas d'une femme primipare, régulièrement suivie à la Maternité de Colombes, dont la grossesse avait été jusque-là parfaitement normale, les urines n'avaient jamais contenu d'albumine, le dernier examen datait de trois semaines.

L'année 1936 nous offre quatre cas d'éclampsie dont voici les observations :

Observation II.

La femme C..., Charlotte, 18 ans, entre dans le service le 9 mai 1936 enceinte de six mois et demi, ayant déjà fait chez elle trois crises d'éclampsie.

Elle en fait une quatrième dès son arrivée. La tension artérielle est alors à 14 1/2-9. Les urines présentent une albuminurie massive.

On pratique aussitôt une saignée de 200 gr., puis après dilatation du col une application de forceps en

pleine crise convulsive, soit la cinquième. On extrait un enfant vivant. La délivrance artificielle est faite aussitôt. On administre morphine et chloral.

Le 11 mai, l'état général est mauvais. Les urines contiennent 4 gr. d'albumine. La tension artérielle est à 13-8. La température s'élève à 39°5.

Il apparaît une diarrhée profuse, une prostration importante qui ne va faire que s'accroître en même temps que surviennent quelques signes méningés céphalés, raideur de la nuque, vomissements importants. Le 19 mai, l'examen abdominal révèle des signes de péritonite.

On intervient d'urgence et on trouve du pus dans le petit bassin. Malgré l'intervention, la mort survient le 21 mai.

Cette grossesse était la seconde, la malade ayant eu un avortement en 1935 dont les suites avaient été normales. Elle n'avait pas consulté durant cette seconde grossesse.

Observation III.

La femme A..., Reine, 30 ans, entre dans le service le 27 juin 1936 enceinte de sept mois, ayant déjà fait chez elle une crise convulsive.

A son arrivée, albuminurie massive, œdèmes de la face et des membres inférieurs. La tension artérielle est à 13 1/2-8. Deux heures après, l'accouchement survient, spontané, au terme de sept mois environ, d'une

filles mort-nées. Aussitôt après la femme fait à nouveau une crise convulsive, plus prolongée que les précédentes. La tension artérielle est alors à 13-10.

La délivrance naturelle survient complète, un quart d'heure après l'accouchement.

Dans les jours qui suivent, l'albuminurie descend progressivement. Il n'existe plus le 4 juillet que 0 gr. 50 d'albumine dans les urines alors que la tension artérielle est descendue à 12-8.

La femme est sortie du service le 19 juillet. C'était une primipare qui avait été suivie pendant sa grossesse. Une analyse d'urines faite dix jours avant ces accidents n'avait pas révélé d'albumine.

Observation IV.

La malade T..., Raymonde, 29 ans, est admise d'urgence dans le service le 24 novembre 1936 pour crises d'éclampsie.

Elle a déjà fait trois accès chez elle. On lui fait à son entrée une saignée de 300 gr. et l'on prescrit chloral per os et 3 centigrammes de morphine.

Peu après, elle fait à nouveau, coup sur coup, trois crises convulsives. La tension artérielle est à ce moment à 17-13. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine.

L'examen confirme le diagnostic de grossesse au terme de six mois environ, le col est effacé.

Au début de l'après-midi surviennent deux nouvelles crises.

Environ douze heures après son admission, on décide de pratiquer une césarienne vaginale, mais malgré une incision longue de huit centimètres en avant, un peu plus courte en arrière, on arrive difficilement à obtenir un orifice comme une petite paume de main; le segment inférieur est inexistant, on se rend compte que l'extraction est impossible.

On se décide alors à faire une césarienne abdominale basse qui permet d'extraire un enfant ranimé après dix minutes de soins.

Dès lors, il n'est plus survenu d'accès éclamptiques. Quatre jours après l'intervention, l'albuminurie était à 0 gr. 25; la tension artérielle à 16-10; le lendemain l'albumine avait disparu, la tension artérielle était à 15-10.

Les suites opératoires ont été normales et la malade est sortie du service le 1^{er} janvier 1937.

Dans ce cas, il s'agissait encore d'une primipare qui n'avait pas été régulièrement suivie pendant sa grossesse.

Observation V.

M^{me} L..., Fernande, âgée de 34 ans, est admise dans le service le 2 décembre 1936, enceinte de six mois environ, présentant une albuminurie massive une tension artérielle à 21-12.

Malgré le traitement médical habituel, immédiatement imposé, le taux de l'albuminurie ne cesse pas de croître, tandis que la tension artérielle oscille entre 18 et 21 pour la maxima et 12 et 10 pour la minima. La céphalée est très tenace, il existe des œdèmes des membres inférieurs. De plus, en cinq jours, le taux de l'urée sanguine passe de 0 gr. 27 à 0 gr. 36.

Devant l'aggravation des signes de néphrite, on décide le 17 décembre 1936 d'intervenir sous rachianesthésie césarienne abdominale haute permettant l'extraction d'un enfant vivant pesant 1.400 gr. Dès lors, on voit le taux de l'albumine décroître progressivement, de même que la tension artérielle revenue à 16 1/2-11 dix jours après l'intervention.

Ce dernier cas se rapporte à une primipare suivie dans le service depuis environ deux mois.

Au cours de l'année 1937, nous n'avons retrouvé que deux cas d'éclampsie puerpérale dont voici les observations :

Observation VI.

La première est celle de la femme B..., Adèle, âgée de 44 ans, entrée dans le service le 7 juillet, enceinte de six mois environ, présentant une albuminurie massive, de gros œdèmes des membres inférieurs, dyspnée importante; la tension artérielle est à 24 1/2-10. Dès son entrée, on fait une saignée de 300 gr. qui abaisse

la tension à 21-10. Le traitement médical est institué conjointement.

L'état reste stationnaire jusqu'au 11 juillet; à cette date la fatigue s'accuse, des troubles oculaires apparaissent et dans la matinée l'apparition de la première crise convulsive.

Une saignée abondante de 450 gr. est aussitôt faite, mais les crises se reproduisent presque sans interruption pendant plus de deux heures.

Le lendemain survient l'accouchement prématuré, spontané, au terme de six mois environ d'une fille mort-née, suivie une demi-heure après d'une délivrance naturelle complète.

Un dosage de l'urée pratique ce même jour montre le taux élevé à 0 gr. 45. Le lendemain de l'accouchement, la tension artérielle était tombée à 15-8. Les urines ne contenaient plus que 1 gr. 50 d'albumine.

La grossesse actuelle était la seconde. La femme n'avait pas consulté. La première grossesse remontait à 1915 et avait été menée normalement à terme.

Observation VII.

Se rapporte à la femme H..., France, âgée de 20 ans, entrée dans le service au terme de sa grossesse le 4 juillet 1937. Elle présentait de l'albumine, une tension artérielle à 13-8.

La dilatation du col ne progressant que très lentement, l'albuminurie croissant, la tension s'élevant à

15 1/2-9, dans la soirée du 6 juillet apparaît le premier accès convulsif après lequel la tension s'élève encore à 17-9.

On fait une émission sanguine de 500 gr. qui ramène la tension à 14 1/2-7; mais deux heures après, elle a repris son chiffre initial.

On décide alors de faire une application de forceps après épisiotomie latérale gauche qui permet d'extraire un enfant ranimé après vingt minutes de soins.

Après l'intervention la tension est tombée à 13-7.

La délivrance naturelle survient complète trois quarts d'heure après l'accouchement. La tension est alors à 12-6.

Les suites de couches ont été troublées par l'apparition d'un abcès du sein.

L'albuminurie a disparu, la tension artérielle est demeurée à un taux normal.

Il s'agit encore dans ce cas d'une primipare, sans antécédents pathologiques, ayant bien supporté sa grossesse, n'ayant jamais consulté.

Au cours de l'année 1938, nous avons retrouvé quatre cas d'éclampsie.

Observation VIII.

La femme J..., Odette, 24 ans, entre dans le service le 25 décembre 1938, au terme de sa grossesse la pré-

sentation est engagée. Les urines sont troubles et albumineuses.

Le travail commence vers 3 heures de l'après-midi et trois heures après son début, survient le premier accès convulsif laissant après lui une tension artérielle de 15-9.

Une heure après, seconde crise après laquelle on pratique une saignée de 400 gr. Les crises se répètent, suivies d'un court coma. Après la cinquième, on fait une application de Forceps qui extrait un enfant du sexe masculin, ranimé après les soins habituels. Trois quarts d'heure après, délivrance naturelle suivie d'une révision utérine.

Une heure et demie après l'application du Forceps survient une nouvelle série de crises convulsives; la tension artérielle monte à 17-8. Entre chaque crise la malade est très agitée. Le lendemain, après une nuit agitée, la malade n'a plus de crises convulsives, la tension artérielle est descendue à 15-10, puis à 12-6. Le surlendemain, la femme avait reposé, sa tension se maintenait à 12-6. Le taux de l'albuminurie était à 0 gr. 50 par litre.

Un dosage de l'urée sanguine, fait sur le sang de la première saignée la montrait élevée à 0 gr. 50. Ce cas est celui d'une primipare qui n'avait été suivie que dans les quatre derniers mois.

Observation IX.

G..., Solange, 27 ans, entre dans le service le 1^{er} octobre 1938, au terme d'une grossesse gemellaire jusque-là conduite sans accidents, présentant une albuminurie massive, une tension artérielle à 14-7,5, de la cyanose des extrémités. Par ailleurs existait un écoulement de liquide amniotique très fétide, la température était à 38°4.

Les signes de néphrite, joints aux signes d'infection amniotique font décider une application de forceps qui extrait deux garçons mort-nés.

Le lendemain de l'accouchement, les urines contenaient 6 gr. d'albumine et la tension artérielle, par contre, s'était abaissée à 11 1/2-9. Un dosage de l'urée sanguine montre son taux élevé à 1 gr. 75.

La malade est sortie du service le 9 octobre sur sa demande, présentant encore de l'albuminurie, un taux d'urée sanguine à 0 gr. 70. Il s'agit encore dans ce cas d'une primipare qui n'est venue à la consultation du service que durant les quatre derniers mois de sa grossesse.

Observation X.

Cette observation se rapporte au cas d'une femme B..., Henriette, âgée de 27 ans, ayant accouché et ayant été délivrée en ville le 24 juillet 1938 et ayant déjà fait chez elle deux crises convulsives le jour même, pour lesquelles un médecin a pratiqué une saignée de 150 gr.

Elle entre à l'hôpital présentant un gros œdème des membres inférieurs; une albuminurie massive, la tension artérielle est à 14 1/2-8.

Peu après son entrée, elle fait une série de crises convulsives espacées d'une demi-heure environ, chacune durant dix minutes. Après la sixième, on fait une saignée de 500 gr. à la suite de laquelle la tension se trouve à 15-10. Dans la soirée, nouvel accès éclamptique qui dure un quart d'heure, après lequel la tension se trouve à 18-11 et s'installe un coma complet, mais qui dure peu.

Le lendemain la tension artérielle était redescendue à 13-8, l'albuminurie au taux de 1 gr. 50 par litre, l'état général nettement amélioré.

La malade est sortie du service le 7 août 1938. Ce cas est encore celui d'une primipare n'ayant pas consulté pendant sa grossesse.

Observation XI.

C'est celle de la femme D..., Thérèse, 22 ans, entrée dans le service au terme de sa grossesse, le 7 juin 1938. Trois jours après son entrée, elle fait successivement trois crises convulsives. La tension artérielle est alors à 17-10, l'albuminurie massive.

On fait une saignée de 300 gr. et on institue le traitement médical, ce qui n'empêche pas l'apparition de trois nouvelles crises qui font décider, — la dilatation du col étant à ce moment complète, — l'application de forceps. Celle-ci permet d'extraire une enfant vivant

ranimé après quinze minutes de soins, suivie, un quart d'heure après, d'une délivrance artificielle pour hémorragie.

Une heure après, nouvelles séries de crises convulsives entre lesquelles la malade se plaint d'une forte céphalée et de troubles oculaires. La tension est alors à 14 1/2-9. Après la douzième crise, on fait une saignée de 300 gr.

Le lendemain, la tension artérielle était à 14-10, la malade avait reposé calmement. Elle est sortie du service le 13 juillet.

Il s'agit une fois de plus d'une primipare n'ayant pas consulté pendant sa grossesse.

L'année 1939, enfin, nous apporte à ce jour deux cas d'éclampsie, dont voici les observations.

Observation XII.

La femme R..., Marie, entre dans le service le 3 mai 1939, enceinte de sept mois et demi environ, ayant déjà fait trois accès éclamptiques. Les urines présentent une albuminurie massive; la tension artérielle est à 16-11. Il existe un œdème manifeste de la face et des membres inférieurs.

Après la quatrième crise, saignée de 500 gr. et traitement médical. Un dosage d'urée pratiqué dans le sang de la saignée en montre le taux à 0 gr. 35.

Le lendemain matin, la tension artérielle est à 16-10. Il existe 12 gr. d'albumine dans les urines. On continue

le traitement médical; après une journée calme on retrouve la femme le lendemain avec une tension artérielle de 17-13, une albuminurie à 7 gr. au tube d'Esbach.

Le 11 mai survient l'accouchement prématuré, au terme de 7 mois et demi, d'un enfant mort-né et macéré. La délivrance naturelle survient une heure après complète.

La malade sort du service le 27 mai. C'était encore une primipare ayant jusque-là bien supporté sa grossesse et n'ayant pas consulté.

Observation XIII.

M^{me} B..., Louise, 21 ans, entre dans le service le 25 février 1939, au terme de sa grossesse, présentant des urines troubles, une tension artérielle à 18 1/2-12. Un examen des urines recueillies par sondage ne révèle pas d'albumine. Dans la soirée apparaît une céphalée légère et la femme paraît très abattue.

Devant cet état, on décide de faire, — la dilatation étant complète et le travail ne progressant pas, — une application de forceps qui extrait un enfant vivant. La délivrance artificielle immédiate est pratiquée.

Dans la nuit survient la première crise convulsive, on fait alors une saignée de 350 gr. La tension artérielle s'étant maintenue après l'accouchement à 19 1/2-13. Les crises convulsives se répètent courtes, mais à intervalles rapprochés. Bientôt s'installe un état comateux. La res-

piration est courte et superficielle. L'état s'aggrave encore; une écume rosée apparaît aux lèvres et à l'auscultation on trouve des râles fins d'œdème pulmonaire dans les deux champs. Le cœur est accéléré, ses bruits sont sourds, irréguliers, le pouls est imperceptible.

L'état demeure le même jusqu'au lendemain matin. L'examen des urines pratiqué alors révèle une albuminurie massive, 14 gr. au tube d'Esbach. La tension artérielle est à 18-13. La respiration devient de plus en plus irrégulière, la défaillance cardiaque s'accuse et la mort survient dans l'après-midi.

Cette dernière observation se rapporte également à une femme primipare, n'ayant pas consulté pendant sa grossesse.

*
**

Telles sont réunies les diverses observations d'éclampsie puerpérale qu'il nous a été donné d'observer au cours de ces cinq dernières années à la Maternité de l'Hôpital Beaujon-Clichy.

Nous allons essayer maintenant de grouper ces divers faits de façon plus concrète sur les divers plans thérapeutiques, pronostic et fréquence relative.

Sur le plan thérapeutique :

La thérapeutique médicale est dans tous les cas assez univoque; s'adressant aux hypnotiques : morphine, chloral à hautes doses, per os et en lavements antispasmodiques; aux diurétiques, eau lactosée, sérum

glucose, hypertonique, théobromine, purgations énergiques saignées luttant contre l'intoxication.

Du point de vue intervention chirurgicale sanglante ou instrumentale, nous voyons que sur les treize cas observés, sept, c'est-à-dire 53 % ont nécessité une application de forceps; deux cas seulement soit 15 % ont été justiciables de l'intervention sanglante par césarienne vaginale ou abdominale.

Si l'on considère le pronostic, il est nécessaire de l'envisager pour la mère et pour l'enfant. Pour la mère, nous avons vu le décès survenir deux fois au cours de ces treize observations, soit dans 15 % des cas. Pour l'enfant, le pronostic est beaucoup plus sévère puisque cinq fois sur treize, il y eut accouchement prématuré ou à terme d'enfants mort-nés, soit 38 % et sept fois accouchement d'enfants prématurés soit 46 %, enfants restant chétifs, malingres, se développant mal, tout au moins pendant les premiers mois.

Du point de vue fréquence enfin, il semble que l'éclampsie puerpérale, déjà citée comme peu fréquente par les anciens auteurs qui donnaient le chiffre de 1 pour 500, soit encore en régression.

En effet :

En 1936, *quatre cas* pour 2.228 accouchements, soit une proportion de 0,17 %.

En 1937, *deux cas* pour 2.155 accouchements, soit 0,09 %.

En 1938, *quatre cas* pour 2.241 accouchements, soit 0,17 %.

En 1939, enfin, sur 1.696 accouchements pratiqués jusqu'à ce jour, deux cas seulement, soit 0,11 %. Ce qui donne comme pourcentage moyen, pour ces cinq dernières années, le chiffre de 0,11 %.

Mais le fait sur lequel nous voulons insister surtout, c'est sur la fréquence avec laquelle se produisent les cas d'éclampsie puerpérale chez les femmes non surveillées, qui ne consultent pas au cours de leur grossesse.

Sur les treize observations décrites dans ce travail, huit se rapportent à des femmes n'ayant pas consulté du tout pendant leur grossesse, ce qui représente 61 % des cas. Une a été suivie durant les deux derniers mois, deux autres pendant les quatre derniers mois, deux seulement avaient été vues régulièrement.

On ne peut manquer de faire une relation entre la fréquence de l'éclampsie et l'assiduité aux consultations pré-natales dans les dispensaires ou maternités.

L'albuminurie essentielle et sa grande complication, l'éclampsie puerpérale, doit être prévenue par un examen systématique des urines de la femme enceinte, mensuel pendant les premiers mois, tous les quinze jours à partir du sixième et tous les huit jours dans les derniers mois.

CONCLUSION

L'examen de ces différentes observations nous amène à conclure que l'éclampsie puerpérale est relativement rare, que sa fréquence a notablement diminué depuis la vulgarisation des idées exprimées par le Professeur Pinard, dans sa communication à l'Académie de Médecine sur la « Puériculture intra-utérine » et lorsque toutes les femmes enceintes se seront imposées la discipline de consulter régulièrement pendant toute la durée de leur grossesse, on pourra espérer voir l'éclampsie déjà rare, devenir une affection exceptionnelle.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU

Vu le Président de thèse :

COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

